

Никифоров А.Н.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ - ПРИЧИНА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

/ Минск /

Одним из заболеваний, приводящих к развитию интраабдоминального инфицирования брюшной полости у детей является острый аппендицит.

В 1997 году в детских хирургических отделениях Республики Беларусь по поводу острого аппендицита оперировано 4222 ребенка, что составило 25,7% от всех оперированных. Катаральный аппендицит был у 677 (16%) детей, флегмонозный – у 2501 (59,2%), гангренозный – у 1029 (24,4%) ребенка. Аппендикулярный инфильтрат диагностирован у 30 детей, 15 из них оперировано.

При анализе распределения детей по возрасту получены следующие данные: детей до 1 года было 6; от 1 до 3 лет – 190; от 4 до 7 лет – 1042 и от 8 до 15 – 2999.

Существенный интерес представляет распределение форм острого аппендицита у больных детей различных возрастных групп (таблица 1).

Из таблицы видно, что все формы аппендицита чаще встречаются у детей 8-15 лет, затем – 4-7 лет и далее по убывающей в сторону уменьшения возраста.

С сожалением приходится констатировать, что 847 (20%) детей доставлены в приемные покои в поздние сроки (позже 24 часов) от начала заболевания. При этом 708 (83,6%) из них – из-за несвоевременного обращения родителей за меди-

Таблица 1. Распределение больных по формам аппендицита и возрасту детей

Форма аппендицита	Возраст			
	До 1 года	1-3 года	4-7 лет	8-15 лет
Катаральный		32 (4,7%)	196 (29%)	449 (66,3%)
Флегмонозный	2 (0,08%)	67 (2,68%)	573 (22,9%)	1859 (74,35%)
Гангренозный	3 (0,3%)	90 (8,75%)	266 (25,85%)	670 (65,1%)
Аппендикулярный инфильтрат	1 (3,3%)	1 (3,3%)	7 (23,3%)	21 (70,1%)

цинской помощью. В 8% случаев (68 детей) диагностические ошибки допущены участковыми педиатрами, в 2,7% (23 ребенка) — хирургами, в 2,5% (21 больной) — врачами скорой помощи, в 1,5% (13 детей) — стационарами не хирургического профиля, врачами других специальностей — в 1,3% (11 больных) и 3 (0,4%) — из-за отказа от госпитализации.

Из несвоевременно госпитализированных больных у 366 был флегмонозный, 228 — гангренозный, 232 — прободной аппендицит, а у 21 — аппендикулярный инфильтрат.

Аппендикулярный перитонит до и во время операции диагностирован у 622, что составило 14,7% от всех детей с аппендицитом. При флегмонозном аппендиците перитонит был у 5,2% (131 ребенок), гангренозном — у 44,9% (461 больной). Это наглядно показывает, что тяжесть патологического процесса обусловлена степенью деструкции червеобразного отростка. А это, в свою очередь, зависит от длительности заболевания до операции.

Из всех оперированных у 185 (4,4%) больных развились осложнения в послеоперационном периоде. Осложнения со стороны ран были у 112 (60,5%), со стороны брюшной полости — у 73 (39,5%). Ранняя спаечная кишечная непроходимость развилась у 20 детей (у 16 — при прободном, у 3 — гангренозном и у 1 — флегмонозном аппендиците), несостоятельность культи червеобразного отростка с развитием перитонита — у 3 (1 — катаральный и 2 — флегмонозный аппендицит). Наибольшее количество осложнений воспалительного характера было у детей с прободным (31), затем гангренозном (13) и значительно реже (6) — флегмонозным аппендицитом.

Все дети, лечившиеся в детских хирургических стационарах в 1997 году по поводу острого аппендицита, выздоровели.

Таким образом, несмотря на то, что острый аппендицит является достаточно хорошо известным и медицинским работникам, и родителям заболеванием, диагностика его требует совершенствования. Необходимо добиваться своевременного обращения за медицинской помощью. В этом виден значительный резерв экономии финансов, здоровья детей, родителей и медицинских работников.

Отсутствие летальности при остром аппендиците свидетельствует о достаточно высокой профессиональности детской хирургической службы.